

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 84

---

A PROPOS D'UN CAS  
DE  
**MÉLANOSARCOME**  
AVEC SURVIE POST-OPÉRATOIRE PROLONGÉE

---

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Mai 1921

PAR

**SIVADON (André-Henri)**

Né à Vabre (Tarn), le 24 avril 1894

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

---

Examinateurs  
de la Thèse

|   |                                        |   |                   |
|---|----------------------------------------|---|-------------------|
| { | FORGUE, professeur, <i>Président</i> . | } | <i>Assesseurs</i> |
|   | VEDEL, professeur.                     |   |                   |
|   | RICHE, agrégé.                         |   |                   |
|   | MARGAROT, agrégé.                      |   |                   |



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE  
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



A PROPOS D'UN CAS

DE

# MÉLANOSARCOME

AVEC SURVIE POST-OPÉRATOIRE PROLONGÉE



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 84

A PROPOS D'UN CAS

DE

# MÉLANOSARCOME

AVEC SURVIE POST-OPÉATOIRE PROLONGÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Mai 1921



PAR

SIVADON (André - Henri)

Né à Vabre (Tarn), le 24 avril 1894

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs  
de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président*.

VEDEL, professeur.

RICHE, agrégé.

MARGAROT, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

|                                                    |                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------|
| Anatomie .....                                     | MM. GILIS.               |
| Histologie.....                                    | VIALLETON.               |
| Physiologie.....                                   | GRYNFELTT.               |
| Physique médicale.....                             | HEDON.                   |
| Chimie biologique et médicale.....                 | IMBERT.                  |
| Botanique et histoire naturelle médicales.....     | DERRIEN, <i>doyen</i> .  |
| Anatomie pathologique.....                         | GRANEL.                  |
| Microbiologie .....                                | MASSABAU.                |
| Pathologie et thérapeutique générales.....         | LISBONNE.                |
| Pathologie interne .....                           | BOSC.                    |
| Thérapeutique et matière médicale .....            | N...                     |
| Hygiène.....                                       | VIRES.                   |
| Médecine légale et toxicologie.....                | BERTIN-SANS (II.)        |
| Clinique médicale.....                             | N...                     |
| Clinique chirurgicale.....                         | DUCAMP.                  |
| Clinique obstétricale.....                         | VEDEL.                   |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses.....   | TEDENAT.                 |
| Clinique ophtalmologique.....                      | FORGUE, <i>assesseur</i> |
| Clinique des maladies des enfants.....             | VALLOIS.                 |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... | MAIRET.                  |
| Clinique gynécologique.....                        | TRUC.                    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....             | BAUMEL.                  |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....     | ESTOR.                   |
|                                                    | De ROUVILLE.             |
|                                                    | MOURET.                  |
|                                                    | JEANBRAU.                |

## Honorariat

*Doyens honoraires* : MM. VIALLETON et MAIRET.

*Professeurs honoraires* : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

*Secrétaires honoraires* : MM. GOT et IZARD.

## Chargés de Cours complémentaires

|                                                    |              |
|----------------------------------------------------|--------------|
| Clinique propédeutique de chirurgie .....          | MM. RICHE.   |
| Clinique propédeutique de médecine.....            | RIMBAUD.     |
| Clinique des maladies des vieillards.....          | EUZIERE.     |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées... | MARGAROT.    |
| Médecine opératoire.....                           | SOUBEYRAN.   |
| Pathologie chirurgicale.....                       | ETIENNE.     |
| Accouchements.....                                 | DELMAS (P.). |
| Pharmacologie.....                                 | GALAVIELLE.  |
| Matière médicale.....                              | CABANNES.    |
| Stomatologie.....                                  | WATON.       |

## Agrégés en exercice

|                |                |                 |              |
|----------------|----------------|-----------------|--------------|
| Médecine ..... | MM. LEENHARDT. | Chirurgie.....  | MM. RICHE.   |
|                | GAUSSEL.       |                 | ETIENNE.     |
|                | EUZIERE.       |                 | LAPEYRE.     |
|                | RIMBAUD.       | Accouchements   | DELMAS (P.). |
| Anatomie ..... | MARGAROT.      | Histoire natur. | GALAVIELLE.  |
| Chimie.....    | DELMAS (J.).   | Physique.....   | CABANNES.    |
|                | MESTREZAT.     |                 | PECH.        |

## Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, *prof.*, *président*.

VEDEL, *professeur*.

MM. RICHE, *agréé*.

MARGAROT, *agréé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

*Pour les sacrifices qu'ils ont  
faits pour moi et pour l'exemple  
qu'ils m'ont donné.*

A MES MAÎTRES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A. SIVADON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré ce travail  
et nous a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de notre thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

A. SIVADON.

A PROPOS D'UN CAS  
DE  
MÉLANOSARCOME  
AVEC SURVIE POST-OPÉATOIRE PROLONGÉE

---

INTRODUCTION

L'extrême gravité du sarcome mélanique est un fait reconnu par tout le monde ; et, devant la fréquence et la précocité des récidives post-opératoires, les chirurgiens se sont demandé s'il était utile d'intervenir, ou s'il ne fallait pas abandonner toute tentative opératoire. Aussi avons-nous cru intéressant de rapporter une observation où les résultats de l'opération furent particulièrement heureux ; et qui montre qu'il est, à côté des cas où l'évolution est très rapide et la malignité très grande, d'autres qui sont d'une bénignité relative et d'un pronostic moins sombre, où l'intervention peut donner des résultats durables.

---

## OBSERVATION

(Communiquée à la Société anatomique par M. Chauvin.  
Séance du 15 janvier 1921)

Il s'agit d'une tumeur mélanique dont la 4<sup>e</sup> récurrence vient d'être opérée par notre maître le professeur Forgue sur une femme d'une cinquantaine d'années, plus de 22 ans après la première manifestation.

C'est en 1898 que le premier néoplasme, petite tache brune à évolution progressive, a été extirpé. Il s'agissait d'un nodule étoilé, gros comme un pois, ulcéré à son centre et situé à la partie moyenne du sillon nasogénien droit.

Cinq ans de guérison apparente, puis, en 1903, réapparition semblable dans la région malaire du même côté et dont l'évolution fut très lente, puisqu'il fut opéré seulement en 1905 sans avoir atteint les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50.

Une troisième récurrence au même niveau a également été extirpée.

En novembre dernier enfin, la malade s'est présentée portant deux noyaux de récurrence dans la région massétérine droite, un peu au-dessus du bord inférieur du maxillaire, et sensiblement sur le trajet de la faciale.

Ces deux noyaux, situés côte à côte, présentaient les dimensions d'une lentille : l'un, antérieur, était franchement noirâtre ; l'autre, postérieur, moins teinté. Ils formaient un léger relief sur les téguments non ulcérés. Entièrement situés dans la peau, ils ne présentaient aucune adhérence avec les plans profonds.

Ils se développaient depuis plus d'un an et ne présentaient pas d'adénopathie. Jamais d'ailleurs aucune ablation ganglionnaire n'avait été pratiquée au cours des interventions précédentes.

La première pièce extirpée en 1898 avait déjà été l'objet d'un examen microscopique. La description détaillée n'a pu être retrouvée, le résultat communiqué avait été « cancer mélanique ». C'est encore ce diagnostic qu'il faut porter aujourd'hui à l'examen des coupes. Dans le derme, gros amas de cellules épithélioïdes serrées les unes contre les autres avec pigment mélanique surtout localisé dans la partie superficielle.

---

## DIAGNOSTIC

Il est en général facile de diagnostiquer un cancer mélanique, lorsque la lésion est bien caractérisée par une tumeur de coloration noire, formée rapidement au niveau d'un nævus pigmentaire resté depuis longtemps stationnaire dans son évolution, entourée parfois de satellites et accompagnée d'adénopathie. Mais au moment où il importe le plus de faire le diagnostic, c'est-à-dire au début, alors que le néoplasme encore au stade d'évolution locale permet le plus souvent une extirpation totale de la tumeur, laissant quelque chance de longue survie, on peut rencontrer de réelles difficultés.

Il est donc intéressant de rechercher quels sont les signes qui indiquent la transformation maligne d'une tache nævique et d'étudier quelle est la valeur de chacun d'eux. Ces signes sont : l'augmentation de volume de la tache pigmentaire, quelques phénomènes subjectifs et l'envahissement ganglionnaire.

a) *L'augmentation de volume* est en général le premier signe. La surface de la tache nævique reste unie et intacte, mais s'étend à la périphérie en même temps qu'elle se surélève, ou bien sur une surface d'aspect

uniforme apparaît une petite saillie qui, en même temps qu'elle envahit le nævus, se surélève. L'extension progressive en surface ne semble pas être un signe suffisant.

Si elle n'est pas ulcérée, cette tumeur évolue très lentement et peut mettre plusieurs années à envahir toute une plaque nævique, mais si elle est ulcérée, irritée, très rapidement en quelques mois toute sa surface dégénère en masse et s'entoure d'un piqueté noir.

Lorsqu'une tache pigmentée de la peau augmente rapidement de volume, il y a donc de grandes chances pour qu'il s'agisse de transformation néoplasique, et dans l'observation qui fait l'objet de ce travail il semble bien que ce fût ce seul signe qui décida à la première intervention. Mais cette augmentation de volume n'est pas un signe absolument constant, et il est un fait sur lequel nous aurons d'ailleurs à revenir, qu'il est des cas où un nævus, en apparence banal, peut être déjà une tumeur maligne et même s'accompagner d'une adénopathie néoplasique nettement mélanique.

b) *Des phénomènes subjectifs* annoncent souvent la transformation maligne d'un nævus, comme s'il s'agissait d'un processus inflammatoire. Ce sont des sensations de picotement, de prurit, quelquefois des sensations plus douloureuses de piqure ou de morsure, en même temps qu'il apparaît un peu de rougeur de la peau autour du nævus. Ces signes accompagnent en général une augmentation de volume de la tache.

Mais il n'est pas exceptionnel de voir à l'occasion d'un traumatisme ou sous des influences saisonnières ces phénomènes se produire, puis tout rentre dans l'ordre. Il ne faut donc pas leur donner une valeur absolue.

c) *L'envahissement ganglionnaire* est un signe parfois

très précoce et qui manque assez rarement. Au début l'adénite se limite souvent à un ganglion, mais on trouve assez fréquemment une masse ganglionnaire volumineuse, disproportionnée à une néoplasie si minime. A tel point que la tumeur ganglionnaire attire seule l'attention du malade et qu'un examen attentif des téguments permet de découvrir une petite tumeur ou une tache mélanique d'apparence bénigne. Michel (Th. Nancy, 1887) insiste sur ce fait : « Un nævus d'apparence non maligne peut donner naissance à une mélanose ganglionnaire avec généralisation et mort rapide. » C'est ce qui explique que l'on ait pu décrire des tumeurs mélaniques primitives des ganglions (Cornil et Ranvier, Léger et Pétel, Berger, Sabatier, Flauvel).

Il y a aussi quelquefois une lymphangite cancéreuse qui, lorsqu'elle acquiert une certaine importance, peut former une série de nodosités en chapelet dessinant une traînée bleue sous la peau dans les points où le lymphatique est superficiel (Ozenne, Pringle) et dont il peut être utile de faire l'exérèse au cours d'une intervention.

L'observation qui fait l'objet de ce travail semble cependant en contradiction avec les faits que nous venons de signaler, et notre malade ne présente aucune trace d'adénopathie, ni au début de la maladie ni à aucun moment de son évolution. Cette absence d'envahissement ganglionnaire, quoique très rare, a été cependant quelquefois signalée et il semblerait qu'on la rencontre dans les cas où la tumeur a une évolution particulièrement torpide (Nicolas et Durand).

En tous cas nous ne nous associons pas à l'opinion émise par Clauzel (Th. Paris, 1874) qui dit : « L'infection ganglionnaire manque souvent ; elle existe dans l'épithéliome, mais manque dans le sarcome. » Cette classifica-

tion en sarcome et épithéliome nous paraît d'ailleurs artificielle et discutable, et nous pensons que l'absence d'infection ganglionnaire est très rare, mais qu'au contraire l'envahissement ganglionnaire existe presque toujours et précocement, quelle que soit la variété anatomique dans laquelle on tente de classer la tumeur. La fréquence des récidives ganglionnaires, alors qu'aucun ganglion n'avait été nettement perçu, semble venir à l'appui de cette thèse.

Lorsque la tumeur mélanique ne se développe pas sur une tache mélanique, mais sur un tégument normal, elle débute d'une façon un peu spéciale : une petite élévation vient faire saillie à la peau, s'accroît ; l'épiderme s'amincit au-devant d'elle, laissant voir par transparence sa coloration noire.

D'autres fois la tumeur débute sur une ulcération traumatique, un panaris. Le premier signe est alors l'apparition, au pourtour, d'un liseré noir qui l'encercle, puis ses bords se surélèvent et s'éversent pour constituer la tumeur.

A la période d'état le diagnostic est facile, mais sa situation en certains points du corps peut la faire confondre avec d'autres lésions. C'est surtout dans les localisations au niveau des extrémités que l'on se trouve en présence de cas difficiles ; là, en effet, beaucoup moins souvent que dans les autres régions, la tumeur se développe sur une tache mélanique, et l'influence du traumatisme ou de l'inflammation s'y montre plus souvent : clou de la chaussure (Benett, Lancereaux, Snow, Caubet, Gangolphe), écrasement (Nichet, Imbert et Dugas), panaris (Hutchinson), gelure (Bendz), durillon forcé (Gangolphe).

La symptomatologie ne diffère le plus souvent que

par l'absence du nævus préexistant. Cependant à la suite d'une plaie contuse on peut voir apparaître une tache mélanique qui reste longtemps stationnaire, puis subit brusquement une augmentation de volume et présente une évolution rapide.

A la plante des pieds et au talon, une tumeur mélanique, en général peu colorée, peut être prise pour un mal perforant plantaire ou un durillon forcé.

Au niveau des orteils on peut la confondre avec une gangrène, car elle simule la gangrène diabétique. La recherche des ganglions et l'analyse des urines fixeront le diagnostic.

Ailleurs un sarcome mélanique peut simuler un angiome ou un angiosarcome, mais le fait que les nodules noirâtres ne s'effacent pas à la pression doit faire penser à la possibilité d'une tumeur mélanique.

Quelques affections de la peau revêtent parfois une coloration noire (tuberculose verruqueuse, xanthème tuberculeux) et peuvent égarer le diagnostic.

Plus souvent, des infiltrations hémorragiques dues au traumatisme et siégeant au niveau d'une malformation cutanée peuvent en imposer pour un cancer noir.

Enfin, assez fréquemment, la nature mélanique d'un cancer de la peau est méconnue parce que la coloration noire est masquée ou peu nette. Le diagnostic est alors indiqué par la mélanose ganglionnaire et, lorsque cette dernière manque, il ne peut être fait que par l'examen histologique.

---

## PRONOSTIC

Depuis que les tumeurs mélaniques sont connues elles sont, et à juste titre, considérées comme des néoplasies d'une extrême malignité. Les classiques voient en elles « le pire des cancers » et lui assignent un pronostic absolument fatal; et la question, qui a de tous temps inquiété les chirurgiens, a été de savoir si on doit les opérer, à quel moment de leur évolution et comment cette ablation doit être faite.

Mais l'évolution du sarcome mélanique, quoique toujours fatale, est essentiellement capricieuse et le traitement incertain. A côté de cas assez nombreux où l'acte chirurgical a précipité de façon évidente la marche de la maladie, il en est d'autres où il a donné des survies appréciables, et même quelques-unes de longue durée. Aussi les opérateurs sont-ils passé par des phases successives d'abstentionnisme et d'interventionnisme suivant les caprices des tumeurs qu'ils ont observées.

Frappé par quelques résultats désastreux, Dupuytren était d'avis de ne pas opérer. Velpeau, Cruveilhier, Virchow ont professé la même opinion, et Cornil et Trasbot concluent de leurs statistiques que le cancer noir

est d'un pronostic rapidement fatal, qu'il ait été livré à lui-même ou que l'on soit intervenu.

Busch (1880) cite 3 observations où l'ablation de la tumeur fut suivie de récidives qui amenèrent rapidement la mort.

Loin de se laisser décourager par ces résultats malheureux, les chirurgiens ont continué de tenter des interventions, et leur conduite, dictée par la gravité du mal abandonné à lui-même, a été d'essayer de l'améliorer par une extirpation aussi large et aussi précoce que possible.

Dietrich (1887), reproduisant les idées de son maître Czerny, conclut en faveur d'une ablation large et hâtive de la tumeur, ne trouvant de contre-indication que dans la cachexie : l'opération promettrait une survie moyenne de trois ans, alors que la maladie livrée à elle-même a une durée moyenne de 15 mois.

Boulay (1888) apporte une statistique de 152 cas qui lui donnent les moyennes suivantes :

a) Durée de la maladie avant l'opération : 3 ans.

b) Durée de la maladie après l'opération : 6 à 7 mois.

« Succès, rares d'ailleurs, conclut-il, obtenus par une extirpation large, mais que de résultats désastreux ! Souvent l'intervention a été non seulement inutile, mais nuisible. »

Cependant d'outre-Rhin nous arrivent des résultats favorables à l'opération précoce (Drenkhan 1888, Zimmermann 1889, Ebermann 1890).

Les travaux français de Renoul, Delisle, concluent à l'ablation de la tumeur et des ganglions.

Les travaux plus récents de Pringle, Handley concluent en faveur d'une intervention large et précoce et en précisent la technique.

P. Bonnet (1911), se basant sur une statistique de 600 cas, donne les chiffres suivants :

a) Durée moyenne d'une tumeur mélanique cliniquement confirmée abandonnée à elle-même : 18 mois.

b) Durée totale moyenne de la maladie dans les cas soumis au traitement opératoire : 34 mois.

c) Survie moyenne post-opératoire : 27 mois.

Ces chiffres parlent nettement en faveur de l'intervention chirurgicale, d'autant mieux que la technique moderne met à notre disposition divers moyens (exérèse au thermocautère, fulguration, rayons X, radium) qui nous permettent d'espérer d'en améliorer encore les résultats. Mais, s'il est des cas où l'opération a pu causer des morts rapides, il n'en est pas moins vrai qu'il en existe un certain nombre où elle a prolongé la vie de façon notable, souvent de plusieurs années, et même chez notre malade de plus de 20 ans.

Boulay cite bien deux observations où, sans que l'on soit intervenu, la durée de la maladie aurait été de 7 ans (Billroth: Chir. Klin., Vienne, 1871) et de plus de 20 ans (Taylor: Archives of Derm. of New-York, 1875), mais il place le début de la maladie à l'apparition d'une tache mélanique qui, apparue à l'occasion d'un traumatisme ou d'une inflammation, a pu rester longtemps stationnaire avant de subir une transformation maligne.

Au point de vue de la malignité et de la bénignité relatives des tumeurs mélaniques, il y a de grandes différences suivant les cas, mais nous ne savons pas grand'chose à ce sujet. L'examen microscopique nous fixe sur la nature du mal, mais ne peut pas nous permettre d'établir de différence dans le pronostic.

Nous avons seulement pu constater, dans les quelques observations que nous avons consultées, que la bénignité

relative coïncidait le plus souvent avec l'absence d'envahissement ganglionnaire.

Ces évolutions différentes de la maladie, et toute l'allure clinique de la mélanose, donneraient volontiers l'impression que l'on se trouve en présence d'une infection, et l'on peut penser avec Queyrat que, « s'il est une néoplasie qui par son évolution rapide inspire l'idée d'une maladie infectieuse ou parasitaire, c'est bien certainement le mélano-sarcome ». Son évolution, en effet, la rapproche de certaines infections : tuberculose, staphylococcie qui, après une longue période de latence, peuvent prendre un aspect plus inflammatoire et évoluer plus ou moins rapidement. Cette opinion a été émise par un grand nombre d'auteurs (Goujon, Virchow, Henocque, Bard, Juges, Jaboulay), mais ce n'est qu'une vue de l'esprit et elle n'a encore reçu aucune preuve scientifique précise.

Combien de temps après l'intervention un malade peut-il être considéré comme guéri ? Beaucoup d'auteurs admettent qu'en général après trois ans révolus le sujet est à l'abri de la récurrence. Mais ce laps de temps paraît bien insuffisant. La guérison peut, en effet, parfois se maintenir pendant plusieurs années, même après plusieurs récurrences ; mais il ne convient pas de s'endormir sur un succès opératoire : dans un cas de Meissner un malade que l'on considérerait comme guéri succombe 10 ans après l'intervention de généralisation viscérale et chez notre malade on assiste à 3 récurrences successives en vingt-trois ans.

---

## TRAITEMENT

De ce que nous venons de voir au sujet de l'évolution et des résultats opératoires dans le sarcome mélanique, il résulte qu'il est souvent justiciable d'une intervention, mais que quelquefois celle-ci est tout à fait inutile et même donne un coup de fouet au cancer et en active la marche.

*Quels sont les éléments qui nous permettront de juger de l'opportunité de l'opération ?*

Toute tumeur mélanique nettement confirmée doit être opérée tant qu'elle n'en est qu'au stade d'évolution locale ou que le mal n'a pas dépassé le premier relai ganglionnaire. Passé ce délai il sera trop tard.

Nous avons vu combien dans cette première période la symptomatologie peut être restreinte et le diagnostic incertain. Il faudra donc, sans attendre, enlever toute tache pigmentaire présentant quelque signe pouvant faire penser à une transformation maligne (augmentation de volume, signes subjectifs), sans toutefois tomber dans l'excès de Dietrich qui indiquait d'enlever tous les naevi, lesquels sont susceptibles dans l'avenir de dégénérer en tumeurs noires.

L'opération ne devra pas être tentée :

1<sup>o</sup> Lorsque la tumeur par son étendue et son siège ne permet pas l'exérèse complète du mal.

2<sup>o</sup> Lorsque l'adénopathie siège dans une région où l'on ne peut espérer, par une opération anatomiquement conduite, faire un évidement complet de la loge ganglionnaire, ou lorsque l'infection a franchi le premier relai pour envahir les ganglions à distance. L'opération semble alors vouée à l'insuccès.

Pour Handley, la présence de nodules cutanés au voisinage d'une masse ganglionnaire indique que l'infection néoplasique a déjà franchi cette étape.

3<sup>o</sup> Lorsque l'on a des signes de généralisation : l'augmentation de volume du foie et la présence à distance de la tumeur de nodules cutanés sont en général les premiers signes appréciables et d'une grande valeur pronostique.

L'examen des urines, du sang est indiqué par Nepveu comme un élément important de pronostic ; mais il renseigne d'une façon infidèle et tardivement.

*L'indication de l'opération posée, quelle sera la conduite du chirurgien ?*

Dans tous les cas l'extirpation doit être faite largement en peau saine à l'exclusion de toute autre méthode : cautérisation, grattage, excision parcimonieuse qui impriment à la maladie une poussée rapide. Mais peut-on se borner à l'ablation simple de la tumeur ou faut-il l'accompagner de la recherche systématique et de l'extirpation des ganglions, même lorsqu'ils ne sont pas perçus.

L'extirpation simple s'adresse à des tumeurs tout près de leur début, petites et superficielles ; mais la récurrence est souvent précoce et se fait presque toujours dans les

ganglions, elle est rarement locale. Cette opération a pourtant été suivie de quelques survies de longue durée, comme dans l'observation que nous apportons. Il faudra donc faire la recherche systématique et l'extirpation des ganglions toutes les fois qu'il sera possible ; les récides précoces sont plus rares après cette opération et les longues survies plus fréquentes.

Depuis plusieurs années, quelques chirurgiens ont préféré au bistouri l'emploi du thermocautère pour l'exérèse : il empêcherait la possibilité de la greffe de parcelles cancéreuses sur la ligne d'incision.

On a appliqué la *radiothérapie* et la *radiumthérapie* au traitement des tumeurs mélaniques. Exner, Gaucher, Béchaux, Jaboulay, apportent des observations où ils notent de véritables guérisons ; mais il est difficile d'en apprécier les résultats car il s'agit de cas où le diagnostic de sarcome mélanique n'a pu être confirmé par un examen histologique. Cependant chez des malades où les caractères cliniques de la maladie étaient d'une absolue netteté on a eu de notables améliorations.

Rivière (1900) et Keating-Hart (1907) apportent des méthodes nouvelles (*l'étincelage électrique* et la *fulguration*) qui ont été employées avec quelques succès dans le traitement des cancers de la peau.

Tout laisse à espérer que ces procédés nouveaux qui, employés seuls, ont une influence bienfaisante et ralentissent quelquefois la marche du cancer, permettront de compléter les résultats de l'intervention en les consolidant dans une certaine mesure.

Enfin quelques médications ont été essayées, sans grand résultat d'ailleurs, et pourront être tentées lorsque l'intervention chirurgicale aura été contre-indiquée par

un envahissement ganglionnaire à distance ou quelque signe de généralisation.

L'arsenic fut employé depuis longtemps, soit à l'extérieur (topique arsenical de Czerny-Truneck basé sur la propriété de l'acide arsénieux de détruire le tissu néoplasique), soit à l'intérieur (Lassar).

Jaboulay (1900), rapprochant la mélanose d'une autre maladie à pigment, l'impaludisme, a pensé à la *quinine* ; elle semble agir en améliorant l'état général et en diminuant les douleurs.

Drenkhan et Plénio, rapportant des observations de tumeurs mélaniques guéries par un érysipèle et une pyohémie, ont pu légitimer l'essai d'*injections microbiennes*, mais elles n'ont donné que de médiocres résultats et ont le gros inconvénient de diminuer la résistance du malade et d'augmenter ses douleurs.

Petit (1903) traite un sarcome mélanique par des injections de sérum de cheval hippomélanique sans grand résultat.

Enfin ces dernières années on essaie l'*auto-hématothérapie* dans le traitement des cancers. Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de notre maître M. le professeur Billard, un malade atteint d'un mélanosarcome à point de départ choroïdien avec un énorme empâtement ganglionnaire de la région cervicale, traité par cette méthode. Après quelques injections, l'état du malade semblait amélioré, l'engorgement ganglionnaire et les douleurs notablement diminués. Le malade a été perdu de vue, mais nous pensons que, dans ce cas comme dans d'autres cancers, ce traitement n'a donné qu'une amélioration très passagère. Il pourrait peut-être dans certains cas rendre plus favorable une intervention.

---

## CONCLUSIONS

La malignité du mélanosarcome est, en règle, admise par tous les chirurgiens.

Doit-on abandonner, à leur endroit, toute tentative d'opération, comme certains l'ont formulé, en raison du pouvoir redoutable de récurrence rapide et de généralisation de ces tumeurs ?

Nous ne croyons pas que cette loi soit absolue. D'abord, parce qu'il y a des formes qui, cliniquement (et sans que l'anatomie pathologique puisse préciser les raisons de cette malignité restreinte), comportent un pronostic moins sombre que ne le veut la règle classique ; et c'est pourquoi il est intéressant de verser à ce débat des observations analogues à celle qui fait l'objet de notre thèse. Ensuite, parce que la précocité croissante de l'intervention, l'emploi du thermocautère pour l'exérèse, l'utilisation de l'étincelage et de la fulguration, le secours du radium ou des rayons X peuvent contribuer à cette amélioration pronostique.

---



## BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Tumeur mélanique du sein (Lyon médical, 1910).
- ASCH. — De melanosi (Vratislava, 1847).
- AUGER et WORTHINGTON. — Mélanomes (Paris, 1866).
- BARD. — De la nature parasitaire de la mélanose (Lyon médical, 1885).
- BÉCHAUX. — Du sarcome mélanique (Th. Paris, 1908-1909).
- BERGER. — Sarcome mélanique primitif des ganglions cervicaux (Sem. médicale, 1897).
- Bull. de la Soc. de chir. de Paris, 1897, t. XXIII, p. 526.
- BIZARD et POMMAY. — Sarcome mélanique et mélanose (Paris, 1891).
- BONNET. — La mélanose et les tumeurs mélaniques (Th. Lyon, 1911).
- BOULAY. — Du pronostic des tumeurs mélaniques (Arch. gén. de médecine, 1888, 7<sup>e</sup> série, t. XX, p. 157).
- BROCA. — Traité des tumeurs, 1862, t. I, p. 208.
- CALMELS. — Th. Montpellier, 1909-1910.
- CLARK. — Melanoma treated by radium (Arch. dermat. et syph. Chicago, 1920).
- CLAUZEL. — Diagn. des t. mélaniques génér. tiré de l'examen du sang, des urines et des crachats (Th. Paris, 1874).
- COLEY (W.-B.) et HOQUET (J.-P.). — Melanotic cancer with a report of 92 cases (Ann. Surg. Phila., 1916).
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie path.
- DELISLE. — De la transformation maligne des nævi (Th. Paris, 1899-1900).

- DORSON. — De la transformation maligne des nævi pigmentaires (Th. Montpellier, 1899-1900).
- EXNER. — Fall von Melanosarkom mit Radiumtrahlung behandl. (Wiener klin. Woch., 1903).
- GANGOLPHE. — Sarcome mélanique (Lyon médical, 1905).
- GAUCHER. — S. m. traité par la radiothérapie (J. de méd. et chir. Paris, 1905).
- HANDLEY. — La perméation lymphatique facteur de dissémination dans le sarcome mélanique (trad. française, 1900).
- HAZEN. — Cancer skin, 1916.
- HÉNOQUE. — Mélanose ganglionnaire (Bull. Soc. anat. Paris, 1868).
- HUTCHINSON. — Tr. of path. Soc. of London, 1856 (Lancet, 1893).
- JABOULAY. — La mélanose, sa nature (Prov. méd., 13 mars 1909).
- La quinine dans le cancer (Prov. méd., juillet 1900).
- LAENNEC. — Bulletin de la Faculté de médecine de Paris, 1806.
- LASSAR. — Zur Therapia von Melanom. (Dermat. Zeitschr., 1894, t. I).
- MAUPIN. — Tumeur mélanique. Réflexions sur la mélanose (Rec. des mém. de méd. milit., 1859).
- MAZET. — Sur un cas de tumeur mélanique bénigne (Lyon méd., 1910).
- MENÉTRIER. — Le cancer (Traité de médecine Brouardel-Gilbert, 1908, p. 446).
- MICHEL (G.). — Etude chirurgicale du sarcome mélanique (Thèse Nancy, 1886-1887).
- NEPVEU. — Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques (Gaz. méd. de Paris, 1872; Mém. de la Soc. de biologie, 1872).
- NICOLAS et DURAND. — Tumeur mélanique (Lyon méd., 1909).
- PERRIN. — De la sarcomatose cutanée (Th. Paris, 1886).
- PRINGLE. — A method of operation in cases of mélanotic tumors of the skin (Edinb. med. J., 1908).
- RENOUL. — Des épithéliomas développés sur les nævi (Th. Paris, 1891-1892).
- SUBERT. — Mélanosarcome primitif de la peau (Th. Paris, 1898-1899).
- VERNEUIL. — Du cancer mélanique (Mouvement méd., 1876).

VIRCHOW. — Die pathologischen Pigmente (Virchow's Archiv.,  
Bd I, 1847).

WAGNER. — Falle von Melanosarkomen.

WAINWRIGHT (J.-M.). — The cancer decalogue. Observations of  
melanosarcoma (Intern. J. Surg. New-York, 1917).

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
Montpellier, le 27 avril 1921.

Le Recteur,  
Jules COULET.

VU ET APPROUVE :  
Montpellier, le 27 avril 1921.

Le Doyen,  
E. DERRIEN.

# SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---



